

Quand s'arrêter en salle de naissance ?



PROF. P. EMONTS



Plan de l'exposé

- **Dystocie de travail**
 - Causes de dystocies de travail
 - Durée phases de travail
 - Utilisation de l'ocytocine en salle de travail
- **Manœuvres d'extraction**
 - Forceps et ventouse
 - Dystocie d'épaule
 - Présentation du siège
 - Episiotomie
- **Asphyxie foetale**
 - Lecture du monitoring foetal
 - Examens de 2^{ème} ligne
 - Liquide amniotique





Dystocie de travail

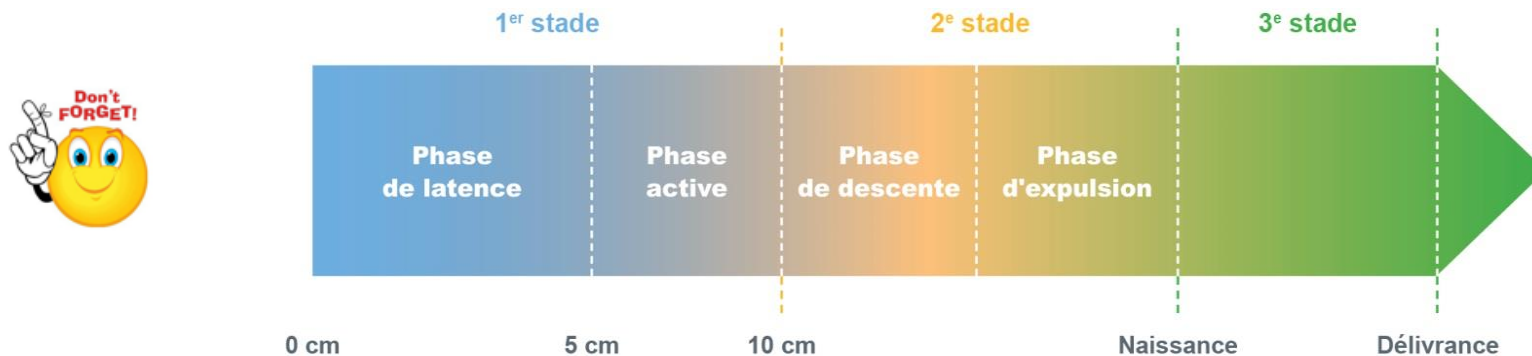
Les faits : 15% césarienne pour dystocie de travail, 8% pour ARCF => la dystocie de travail représente l'indication la plus fréquente de césarienne dans le travail

Comment diminuer le nombre de césariennes, surtout chez la primigeste, sans devenir délétère ?

Réponse : Il faut contrôler la gestion du travail en salle de travail *en évitant* :

- les fausses dystocies dynamiques = ↑ césariennes et extractions instrumentales
- mais sans majorer à l'excès l'expectative (surtout passive) = ↑ asphyxie fœtale

La tenue en « live » du partogramme est INDISPENSABLE et son interprétation judicieuse





Durée phases de travail

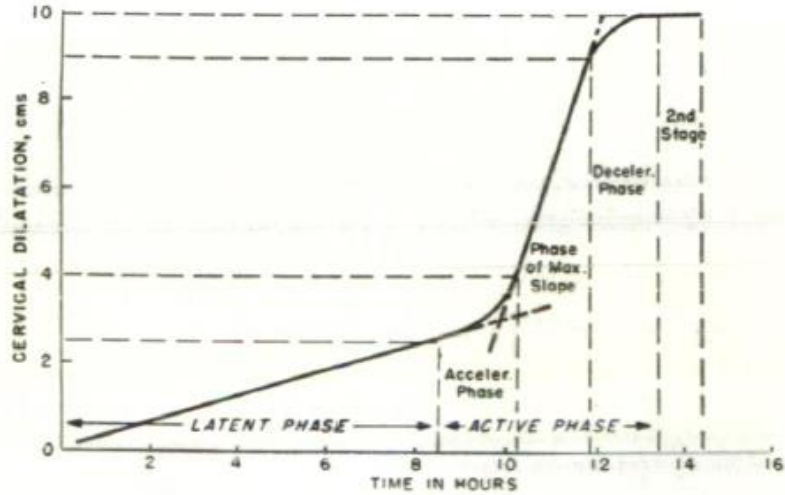


Fig. 1. The mean labor curve, cervical dilatation versus time, based on the study of 500 primigravidas at term. The phases are defined in the text.

AMERICAN ACADEMY of OBSTETRICS and GYNECOLOGY

Volume 6

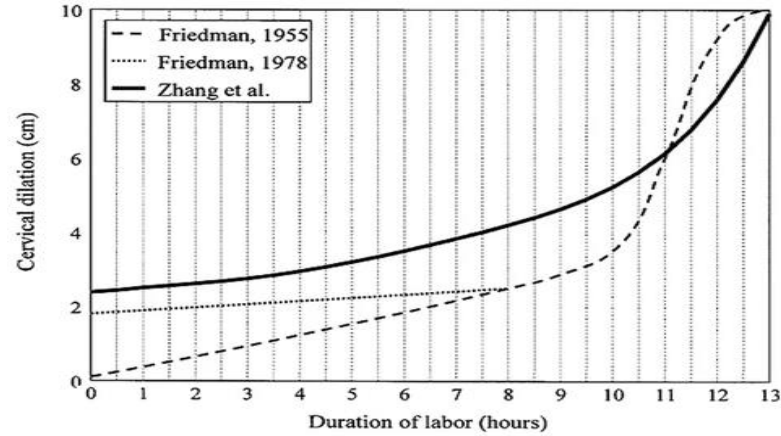
December 1955

Number 6

Primigravid Labor

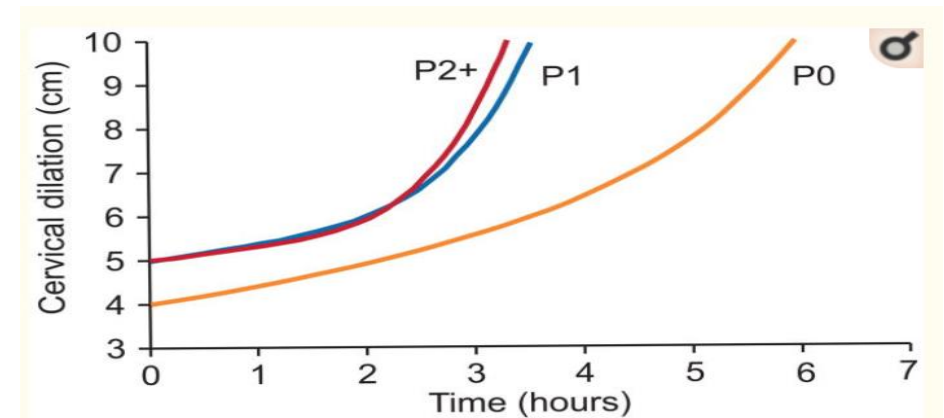
A graphicostatistical analysis

EMANUEL A. FRIEDMAN, M.D.



Zhang, *Obstet Gynecol* 2002

Recommandations ACOG
Recommandations CNGOF



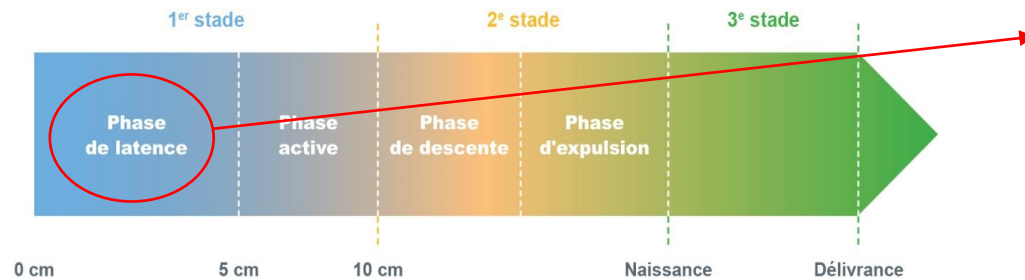
Zhang, *Obstet Gynecol* 2010



Durée phases de travail

Définition des seuils d'alerte

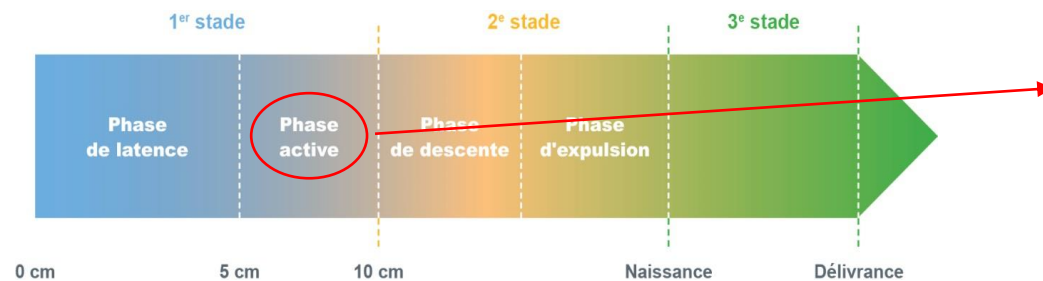
- Définir le **timing** pour une indication de prise en charge **active**
- Tenir compte de la différence de timing selon la **phase de travail** et la **parité**
- Intégrer les ARCF et les **facteurs de risques obstétricaux** (RCIU, macrosomie, utérus cicatriciel,...)



Expectative **MAX 4 heures** sans modification cervicale avec contractions utérines régulières et intenses (MAX 6h si contractions utérines espacées)

Action : RAM si possible, ocytocine

Césarienne pour dystocie : MAX 6h stagnation avec ocytocine



Expectative **MAX 2 heures** sans modification cervicale

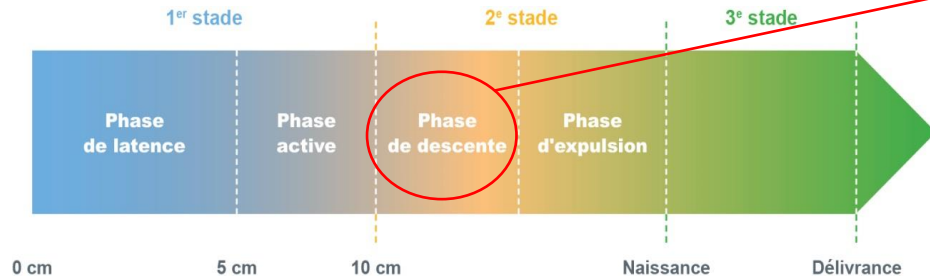
Action : RAM si possible, ocytocine

Césarienne pour dystocie : MAX 3h stagnation avec ocytocine



Durée phases de travail

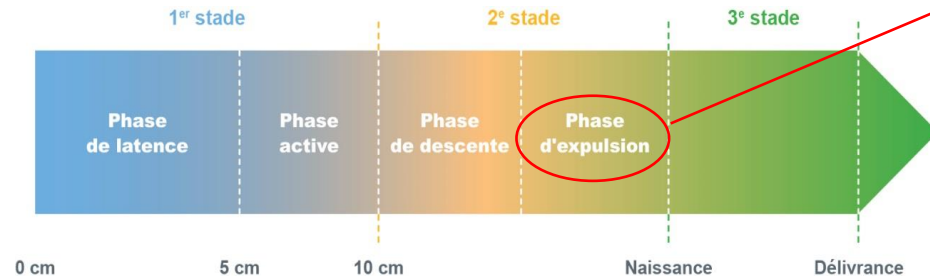
Définition des seuils d'alerte



Multipare > 1 heure sans engagement
Nullipare > 2 heures sans engagement

Actions : RAM si possible, ocytocine, posturation / rotation manuelle

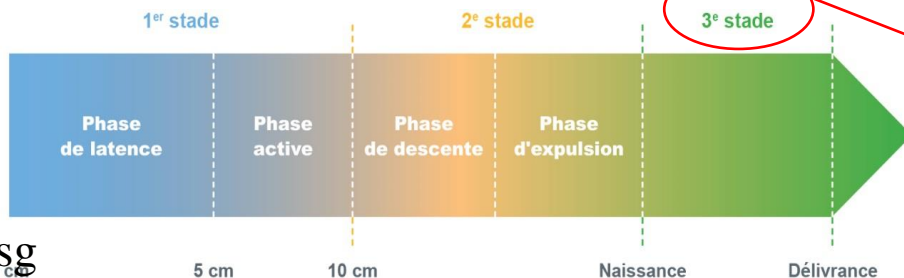
Césarienne pour dystocie : MAX 3h sans engagement



MAX 1 heure et selon la **tolérance maternelle et fœtale**

Action : Rotation manuelle sur variété postérieure, instrumentation si tête engagée

Césarienne si tête non engagée malgré les efforts de poussée (attention vérification de l'engagement à l'échographie)



Délivrance DIRIGÉE systématique : Syntocinon 5U ivd

Délivrance artificielle après 30 à 45 min, sauf si HPP



Causes des dystocies de travail

Recherche étiologique

• Disproportions fœto-pelviennes

- Anomalies de bassin
- Poids de l'enfant

• Anomalie de présentation

- Présentation mal fléchi antérieure, postérieure, latérale (bregma, front, face, **asynclitisme**)
- Siège

• ***Dystocie dynamique*** = Anomalie de la dynamique utérine

- = Difficile à reconnaître cliniquement
- Anomalies **par défaut** (**hypocinésies** de fréquence, de durée, d'intensité) <3 CU / 10 min, < 70s, <30mmHg
- Anomalies **par excès** (**hypercinésies** de fréquence, de durée, d'intensité) : CU ttes 90s, >70mmHg ou Tonus B ↑
- Dystocies fonctionnelles **cervicales** : rares, liées aux anomalies contractiles

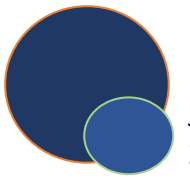
• Anomalie des parties molles

- Rares : cloison vaginale, diaphragme vaginal, mutilation génitale, iatrogène (cerclage, conisation)

• Causes iatrogènes

- Déclenchement du travail**
- Anesthésie péridurale ?
- Expérience de l'obstétricien et pics d'activité
- Management de l'ocytocine**





RECOMMANDATIONS / RECOMMENDATIONS

Recommandations pour l'administration d'ocytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations*

Oxytocin Administration during Spontaneous Labour: Guidelines for Clinical Practice. Guidelines Short Text

C. Dupont · M. Carayol · C. Le Ray · C. Barasinski · R. Beranger · A. Burguet · A. Chantry · C. Chiesa · B. Coulm · A. Evrard · C. Fischer · L. Gaucher · C. Guillou · F. Leroy · E. Phan · A. Rousseau · V. Tessier · F. Vendittelli · C. Deneux-Tharoux · D. Riethmuller

© Lavoisier SAS 2017

Il est donc recommandé d'administrer l'ocytocine selon des indications strictes, à dose minimale efficace, en tenant compte de la réponse utérine et du rythme cardiaque fœtal.

- **Posologie :** 6ml / heure, paliers de 30 minutes (augmentation de 6ml/heure par pallier)
- **Objectifs :**
 - 3-5 contractions utérines / 10 minutes (entre 40 et 90 secondes) **et/ou** **modification cervicale**
 - *Ne pas augmenter le débit d'ocytocine quand un des deux objectifs est atteint.*
- **Remarques :**
 - il n'est pas recommandé d'administrer systématiquement de l'ocytocine lorsque la patiente est sous anesthésie péridurale.
 - Attention au délai entre prostaglandines et ocytocine

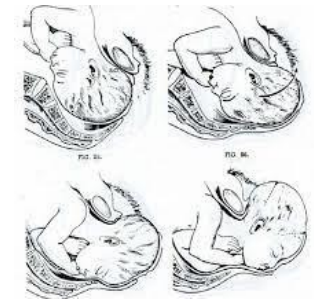




Objectif : diminuer le nombre de césariennes et le nombre d'asphyxies fœtales dans la phase d'expulsion du travail d'accouchement

Pré-requis :

- 1) il faut avoir des **connaissances théoriques précises de la mécanique obstétricale** de l'AVB spontané => bonne réalisation et ↓ de l'instrumentation
- 2) L'opérateur doit être formé à la détermination de l'orientation de la présentation et de son engagement à l'aide d'une **écho. abdominale** (! à la bosse sérosanguine)



La formation sur mannequin est un passage obligé pour les assistants en formation avant toute initiation à l'instrumentation et est une aide tout au long de la carrière d'un obstétricien.

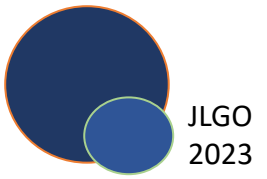


Forceps / Ventouse

12% AVB

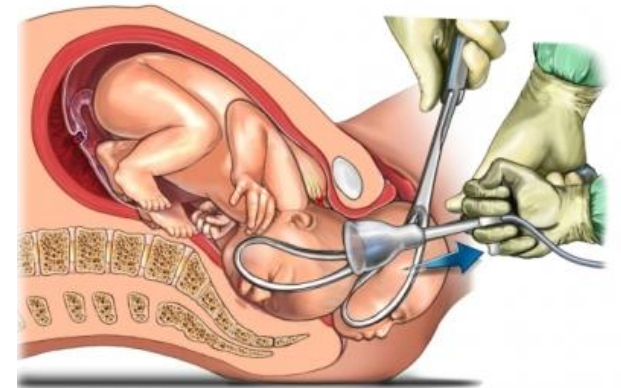
7 conditions d'application instrumentale

- F Foetus en céphalique
- O Orientation repérée
- R Rompues les membranes
- C Complète la dilatation
- E Engagée la tête
- P Proportions fœtopelviennes compatibles
- S Sondée la vessie



- Du calme et du sang froid
- Communiquer avec la parturiente et l'équipe
- Pédiatre néonatalogue présent
- Application sans efforts,
- Vérification de la prise
- Traction pendant contractions en reproduisant les mouvements physiologiques
- Episiotomie pas obligatoire (avec forceps ↓ LOSA, grade C)
- La combinaison des deux instruments n'est pas la bonne pratique (Schaal, Lansac)
- Ventouse : maximum 10 à 15 min, 3 tractions max si lâchage (Lansac)
- SAVOIR ABANDONNER et non poser l'autre instrument, et recourir à une césarienne
- Inspection des voies génitales après accouchement et compte rendu précis
- Participer aux éventuelles « réparations » (confrère gynéco, chirurgien digestif, urologue)
- Débriefer l'accouchement avec le couple (à la maternité, en consultation PP)
- Idéalement séances de simulation 1x/3-5 ans

Lansac 2022



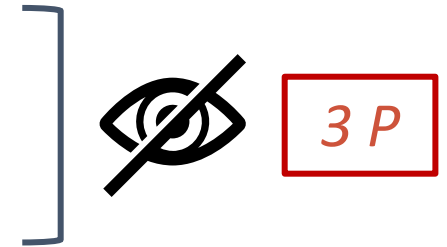


Dystocie d'épaule

0,5% AVB



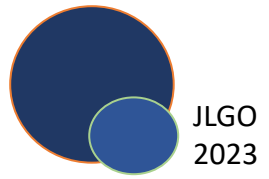
- Du calme et du sang froid
- Communiquer avec la parturiente et l'équipe
- Ne pas être seul; idéalement être 3 personnes + pédiatre néonatalogue présent
- Eviter les manœuvres inappropriées (grade C) :
 - pas de traction excessive sur tête foetale ni vers le bas, ni latéralement;
 - pas d'expression utérine,
 - pas de rotation paradoxale
- Vérifier si l'épaule postérieure est engagée
- Connaître les manœuvres à effectuer selon l'engagement
- Inspection des voies génitales après accouchement (risque HPP et LOSA sévères ↑)
- Compte rendu précis de la chronologie des manœuvres, de l'état de l'enfant et des infos données
- Participer aux éventuelles « réparations » (confrère gynéco, chirurgien digestif, urologue)
- Débriefer l'accouchement avec le couple (à la maternité, en consultation PP)
- Idéalement séances de simulation 1x/3-5 ans





Présentation du siège

4,5% AVB



- Tentative d'AVB en cas de siège = option raisonnable (CNGOF 2019)
- Pas de niveau de preuve élevé quant aux *critères de décision* de l'AVB (critères de décisions in loco)
- Dossier **discuté en staff** (après échographie fœtale et scannopelvimétrie) :
Anatomie du bassin, Biométries fœtales, Position du fœtus, Certains paramètres maternels déterminants
Mais le choix final revient au couple
- Parfaite connaissance de la conduite du travail et de l'expulsion ainsi que des manœuvres :
 - Surveillance fœtale en cours de travail par enregistrement RCF en continu
 - Pas de traction avant que la pointe des omoplates ne soit visibles à la vulve, pas de traction en dehors des contractions
 - Des manœuvres d'accompagnement sont possibles
 - Opérateur chevronné présent
 - Une césarienne est toujours possible à toutes les étapes de la tentative d'AVB
- Inspection des voies génitales après accouchement et compte rendu précis
- Débriefer l'accouchement avec le couple (à la maternité, en consultation PP)
- Idéalement séances de simulation 1x/3-5 ans



Épisiotomie

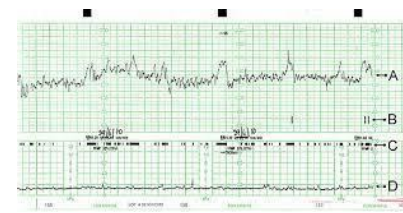
Taux variables, 20%



- **Quand faire une épisiotomie ?** (Lansac 2022)
 - Question la plus difficile à laquelle répondre !
 - Très variables selon les opérateurs, sur base de l'expertise clinique (=> décision très subjective)
 - Ne semble pas prévenir le risque de dyspareunie, de prolapsus, d'IUE, voire de déchirures compliquées (=> indication sélective préférable)
 - Réservée aux **forceps difficiles** ou au **ARCF** nécessitant un accouchement urgent
 - Vécue comme une « violence obstétricale » => **expliquer et obtenir l'accord de la parturiente**
- **Comment faire une épisiotomie ?** (RCOG 2018, CNGOF 2019, Lansac 2022)
 - L'incision médio-latérale est recommandée (médiane = 20% sphincter anal et fistule VV)
 - Parfaite connaissance de sa réalisation et de sa réparation (! LOSA)
 - Compte rendu précis de son indication, des lésions périnéales éventuelles et de sa réparation
- **Et en post-partum ?**
 - Voir la jeune maman pendant son hospitalisation et regarder l'évolution de la réparation
 - Participer à une éventuelle reprise chirurgicale
 - **Débriefer** l'accouchement avec le couple (à la maternité, en consultation PP)



Asphyxie fœtale



Objectif : diminuer la morbi-mortalité périnatale et réduire le taux d'asphyxie fœtale à l'origine d'infirmité cérébrale (« *cerebral palsy* »)

Il faut un **dépistage à forte sensibilité** pour **éviter**

- les faux négatifs
- mais trop de faux positifs = ↑ césariennes et extractions instrumentales

Pour ↓ faux positifs et ↓ faux négatifs, il est faut comprendre la physiopathologie fœtale induisant les modifications observées sur le tracé monitoring.

CTG interpretation, E. Chandrachan, Cambridge 2017



Aucune technique instrumentale de surveillance ne peut se substituer à une **observation et un jugement clinique** de qualité et ne peut valider le fait de laisser sans surveillance une parturiente



Réponse fœtale à un stress hypoxique

Chaque fœtus a ses propres réserves (conditions anténatales + facteurs intra-partaux) => ! clinique

A) Mécanismes de compensation (pas d'adaptation respiratoire ≠ adulte)

- 1) ↓ travail myocardique (réflexe PS de ralentissement de sa FC) = **décélération**.
- 2) STOP mouvements => **disparition des accélérations**.
- 3) Sécrétions de catécholamines (OS), entraînant
 - une augmentation de sa fréquence cardiaque = **élévation progressive de sa ligne de base**
 - une vasoconstriction périphérique (redistribuer vers les tissus nobles),
 - une glycolyse pour ↑ ses substrats énergétiques (glucose)

la variabilité
reste normale

B) Décompensation (= mécanismes de compensation dépassés => direction **acidose** puis **asphyxie**)

L'acidose cérébrale se traduit par une **variabilité nulle** tandis que l'acidose myocardique entraîne une **bradycardie** évoluant vers le décès fœtal.



Barorécepteurs / chémorécepteurs

1) barorécepteurs : (sinus carotidiens, arc Ao)

Hausse de la résistance périphérique (compression a. ombilicale, contractions utérines) stimule les barorécepteurs => stimulation PS => ralentissement cardiaque

= **décélérations précoces et décélérations variables non compliquées**

=> *Stress mécanique*, aucune intervention requise

2) chémorécepteurs : (carotides, Ao et cerveau)

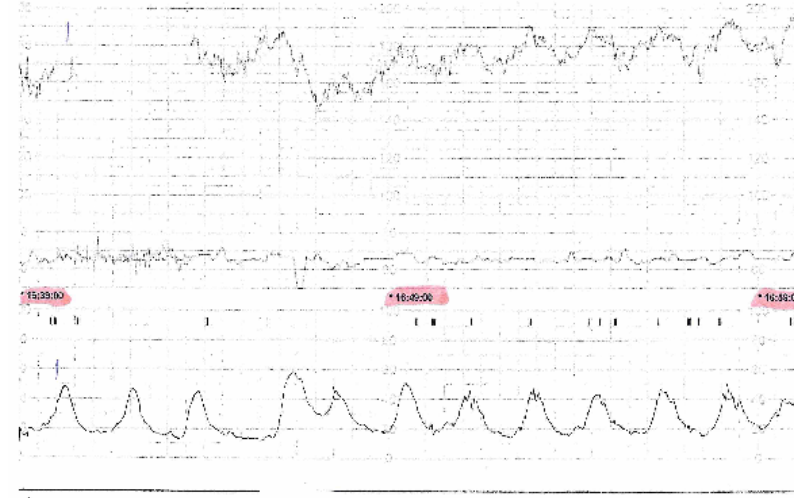
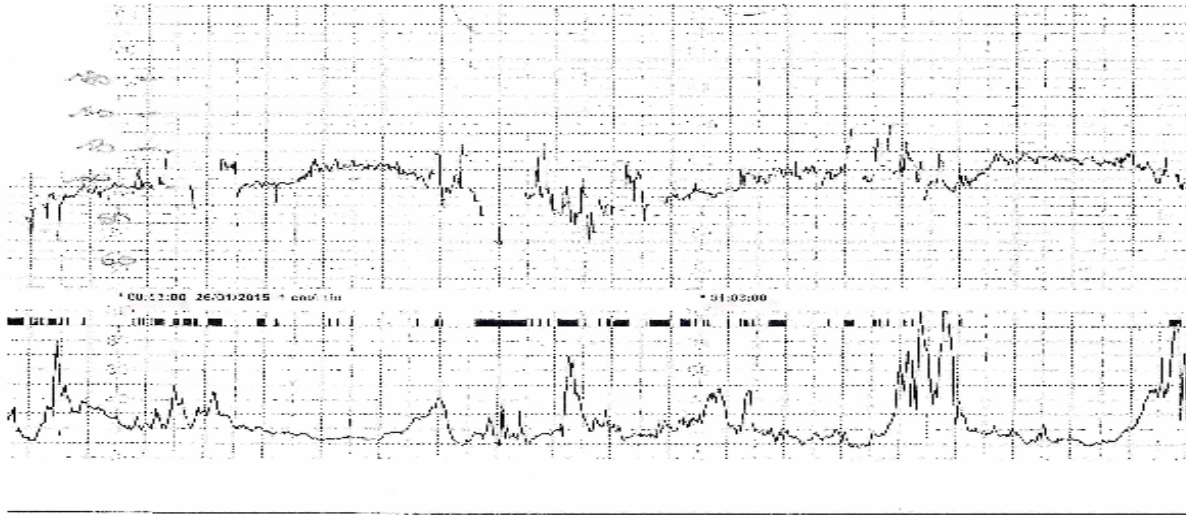
Toute chute de la PO_2 stimule les chémorécepteurs => stimulation PS lente mais de longue durée

= **décélérations tardives**

=> *Acidose métabolique fœtale*, intervention requise.



Exemples de tracés « piégeux »



- **Ligne de base évoluant dans le temps**
- Modification de la **variabilité**
- Le CTG ne peut se substituer à une **observation et un jugement clinique**





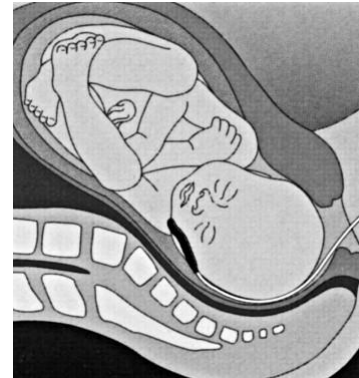
Examens de 2^{ème} ligne

- Ph au scalp

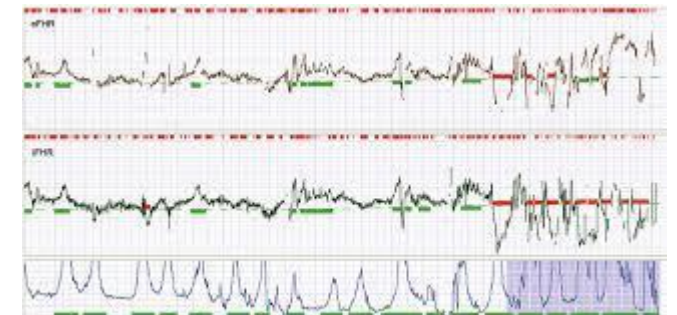
- Lactates au scalp

- Oxymétrie du pouls fœtal

- STAN



Tracés intermédiaires





Liquide amniotique méconial

Faible valeur pronostic d'un liquide méconial isolé

Recherche de facteurs associés primordiale

- Âge gestationnel
- Présentation fœtale
- Hypoxie fœtale
- Infection intra-utérine



Composition chimique toxique

Quelle que soit la concentration de méconium (liquide teinté / liquide méconial / purée de pois)



Bienvenue sur la Planète Obstétrique



Dessin de Mana
NEYESTANI
« *Allez, viens !* »